



ORDEN DE COMPRA No. 15

FECHA: 19 DE ENERO DE 2016

SEÑORES: **LABORATORIOS BIOGALENIC S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-080801-102-4**
TELÉFONO: 2227-4133, FAX: 2227-4466

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,800	AGUA ESTERIL PARA INYECCION, BOLSA PLASTICO FLEXIBLE DE 1000 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 0.97	\$ 1,746.00
600	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% SOL. INY. BOLSA DE 500 ML. (3 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILES DESPUES DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 003/2016, A/M: 003/2016 USO: HOSPITALIZACION	C/U	\$ 0.65	\$ 390.00
SO.	Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.		TOTAL...	\$2,136.00

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
22/01/16	\$ 2,136.00	54708		
				25/1/2016 ADMINISTRACIÓN